

À BEIRA DO LEITO

Cirurgia

Qual a conduta no paciente com alto risco de câncer colorretal?

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP) e Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo, SP, Brasil – eliasilias@hotmail.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Na Digestive Disease Week (DDW), 2012, realizada em San Diego na Califórnia em maio de 2012, foi realizado um simpósio em que se estabeleceu uma linha de acompanhamento com base em evidências para pacientes com alto risco de câncer colorretal. Esse acompanhamento teve foco nos doentes operados por câncer colorretal e seus familiares assim como os portadores de pólipos intestinais. Essas sugestões de acompanhamento foram baseadas em estudos científicos que acompanharam milhares de pacientes em diferentes países.

Devido à grande importância do tema, principalmente em nosso país, julgamos interessante comunicar essas recomendações de acompanhamento no “à beira do leito” da RAMB.

A) Recomendações no paciente já operado por câncer colorretal:

- dosagem do CEA a cada três meses nos dois primeiros anos e a cada seis meses do terceiro ao quinto ano de pós-operatório;
- exame clínico rigoroso em consultório na mesma periodicidade do CEA;
- colonoscopia a cada seis meses nos três primeiros anos para controlar recidiva na anastomose;
- tomografia de abdome e pelve três vezes ao ano nos dois primeiros anos e após a cada seis meses até completar cinco anos. O fígado pode ser sede de metástases assintomáticas em 27% das vezes. O risco de recidiva do tumor é maior nos dois primeiros anos e, após cinco anos, o risco é de apenas 1%.

B) Vigilância de familiares de pacientes com câncer colorretal:

- parentes de primeiro grau têm de duas a três vezes mais chance de ter câncer colorretal que a população em geral. Se a mãe e/ou o pai tiveram câncer colorretal, a chance de apresentar a doença é cinco vezes maior que a população em geral. Em todos esses familiares, recomenda-se realizar colonoscopia a cada três anos.

C) Polipose familiar intestinal:

- pacientes com polipose familiar devem ser submetidos à colectomia total ou proctocolectomia total. Deve-se vigiar o aparecimento de tumores no reto (quando preservado), no duodeno e no estômago desses pacientes. Irmãos de pacientes com polipose familiar devem ser investigados se são portadores da Síndrome e, caso sejam, devem ser submetidos a mesma conduta.

D) Adenomas

- pacientes com adenomas devem fazer a polipectomia e colonoscopia anual para vigilância de aparecimento de novos pólipos. Familiares de primeiro grau com mais de 40 anos de pacientes com pólipos avançados devem fazer colonoscopia a cada cinco anos pelo menos.

Todos os grupos de risco devem ser orientados a procurar seu médico em caso de aparecimento de qualquer sintoma gastrointestinal persistente. Nesses casos, devem ser submetidos a exame clínico rigoroso e exames complementares, principalmente a colonoscopia.